

Itt halnod kell?



Vitrai József, Füzesi Zsuzsanna, Kaposvári Csilla,
Kapócs Gábor, Rácz József, Sinkó Eszter

A miniszterelnök 2008. október 10-én megindult hangon jelentette be, hogy a négy halálos áldozatot követelő vasúti szerencsétlenség miatt elfogadta a közlekedésért felelős miniszter és a vasút elnökének lemondását. Emlékezhetünk, a 2006. augusztus 20-i vihar öt halálos áldozatáról szóló hír hasonlóan megrázta a közvéleményt.

Balesetek következtében 2006-ban összesen 4800-an haltak meg Magyarországon. Ugyanakkor 66 560-an

szív- és érrendszeri betegségben, rákban pedig 32 400-an (1). Ezek az adatok nem álltak heteken keresztül a média fókuszában, nem váltottak ki általános felháborodást, tiltakozást, nem mondott le miattuk az egészségügyi miniszter. Gondolhatnánk persze, egy ilyen gazdasági-társadalmi fejlettségű országban ez elkerülhetetlen, akár természetesnek is tekinthető. A „természetesnél” azonban már évtizedek óta jóval többen halnak meg Magyarországon, és a helyzet egyre csak romlik.

Míg 1980-ban szív- és érrendszeri betegségekben Magyarországon másfélszer annyian haltak meg, mint az EU jelenlegi tagországaiban tapasztalható átlagos halandóság alapján elvárható lenne, addig 2005-ben már közel kétszer annyian. A daganatos halálozásban 1980-ban és 2005-ben is az EU „éllovasai” voltunk. De míg az európai daganatos betegségek halálozási átlaga 25 év alatt egytizedével csökkent, hazánkban a rákos betegségek halálozása ugyanolyan magas maradt.

A látélet

A munkaképes korúak halandósága – érthető okokból – kiemelkedően fontos a társadalom szempontjából. Nemcsak az e korcsoportba tartozók gazdasági szerepe miatt, hanem azért is, mert a betegségek ebben a korban jórészt megelőzhetőek vagy gyógyíthatóak. A munkaképes korúak halandósági rangsorában Magyarország a 90. helyet foglalja el az Egészségügyi Világszervezet listáján, előttünk Brazília 88., Jamaica 89., mögöttünk Szaúd-Arábia 91., Mikronézia 92. Elgondolkodta-

tó, hogy alacsonyabb halandóságukkal olyan országok előznek meg minket, mint Costa Rica (35.), Kuba (39.), Vietnam (74.) vagy Srí Lanka (84.). Földrajzi szomszédaink közül Románia a 76., Szerbia a 65., Horvátország a 45., Szlovénia a 38., Ausztria a 23., Szlovákia a 62. és Ukrajna a 139. helyezett. Mivel a gazdasági fejlettség alapján összeállított rangsorban hazánk és Szlovákia egymás mellett, a 35. és 34. helyen állnak – továbbá a földrajzi szomszédság és a hasonló történelmi fejlődés okán is –, elvárnánk, hogy halandóságuk ne térjen el jelentősen egymástól. De nem így van: ha Magyarországon a szlovákiai halandóságot tapasztaltuk volna 2005-ben, akkor egész éven át naponta 17 fővel kevesebben haltak volna meg (2)! Nem tévedés, naponta(!), vagyis összesen 6142 állampolgárral többen koccinthattunk volna 2005 szilveszterén. És ez így megy évek, évtizedek óta, a legutóbbi évtizedben (1996–2005) közel 90 ezer, az azt megelőző két évtizedben 120–120 ezerrel kevesebb magyar ember halt volna meg a szlovákiai halandósági viszonyok mellett. 1950 óta háromezer híján félmillió ember az így számolt veszteség!

Nemcsak aránytalanul több koporsóra van szükségünk Szlovákiához viszonyítva, hanem jóval kevesebb (teljes) egészségben eltöltött életévre is számíthatunk más európai polgárokhoz képest: Magyarország a 65. évével a 23. a 27 EU-tagország között. Legalább öt évvel többre számíthat 15 ország lakosa, de a volt szocialista országok közül is megelőz minket Csehország, Szlovénia, Lengyelország és Szlovákia. A lehangelő tények sora folytatható, hiszen alig található olyan egészségmutató, amelyben ne az utolsók között kullognánk. Az OECD 2008 augusztusában közzétett rangsoraiban a 14 különböző egészségmutató közül hazánk hatban az utolsó, ötször az utolsó előtti. Nálunk hátrébb csak Mexikó és Törökország végzett, illetve egy-egy mutatóban Franciaország, illetve Szlovákia (3).

Okok és magyarázatok

Röviden szólva nincs kielégítő magyarázat arra, hogy évtizedek óta miért rosszabb, és miért nem javul olyan gyorsan a magyarországi lakosok egészsége, mint az elvárható lenne. Vannak ugyan erre nézve magyarázatok, de azok nem meggyőzőek, és egy-egy problémára vagy egy-egy időszakra vonatkozóan csak részben elfogadhatóak. Mint a legtöbb biológiai és társadalmi jelenség

Levelezési cím: dr. Vitrai József, EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft.
1194 Bp. Temesvár u. 41. E-mail: vitrai@egeszsegmonitor.hu

hátterében, itt is több tényező együttes hatása feltételezhető. A következőkben azokat vesszük sorra, amelyeket a tudomány ma fontos, az egészséget meghatározó tényezőként tart számon.

Keveset költünk egészségre

A már említett OECD-tanulmány szerzői elemezték, hogy az egészségi állapot utóbbi évtizedben tapasztalt javulását milyen meghatározó tényezőkre lehet visszavezetni. Megállapították, hogy Magyarország esetében a várható élettartam legalább két évvel nőtt volna, ha az egészségügyi kiadások elérték volna az OECD átlagát. Nem nehéz észrevenni az összefüggést: az egy magyar állampolgárra jutó éves 1504 dollárból sokkal kevesebb korszerű eszközt és gyógyszert lehet beszerezni a nemzetközi piacon, mint az átlagos 2824 dollárból. Bár az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított részaránya 1998 óta – akárcsak az OECD többi országában – hazánkban is emelkedett, de csak 1,2%-kal, így elmaradásunk mégis tovább nőtt. Az egyébként is alacsonyabb hazai GDP miatt ugyanis az átlagos 1000 helyett 1300 dollárral kevesebbet fordítottunk egészségügyre 2006-ban, mint 1998-ban. Mielőtt a gazdasági nehézségekre hivatkozva felmentenénk a magyar kormányokat, érdemes feltenni a kérdést, vajon tényleg indokolt-e a világ 193 országának a közkiadások költségvetési aránya alapján 2006-ban felállított rangsorában elért 101. helyezésünk? Valóban csak annyit (10,4%) engedhetünk meg magunknak, mint a 99. helyen álló Nigéria, a 100. Samoa-szigetek, a 103. Kazahsztán vagy a 104. Santa Lucia? Az összevethetőség kedvéért: Szlovákia a maga 13,8%-ával az 54. helyen áll. A tények alapján levonható az a következtetés, hogy a társadalmi-gazdasági helyzetünkhöz képest az elvárhatónál kevesebbet fordítunk az egészségügyre. Ha még azt is hozzávesszük, hogy a magyar lakosság egészsége rendkívül rossz, akkor erősebben fogalmazhatunk: nemcsak az elvárhatónál, de az indokoltnál is jóval kevesebbet költünk az egészség ügyére Magyarországon.

Alacsony az egészségügy hatékonysága

Nemcsak keveset költünk, de még azt a keveset is rosszul használjuk – állapítja meg a már idézett OECD-tanulmány. A hatékonyság növelésével pedig átlagosan három évvel lehetne növelni a várható élettartamot, ezzel szemben a kiadások 10%-os emelése csupán három-négy hónapos növekedést eredményezne. Nos, a magyar egészségügyi rendszer hatékonysága utolsó a harminc tagország rangsorában! Ennek okait egyelőre csak találgatni lehet, de néhány probléma különösebb kockázat nélkül megnevezhető. Elsőként említhető, hogy az ellátási kötelezettségek és a tulajdonosi viszonyok ésszerűtlenül és célszerűtlenül szabályozottak, ami egyidejűleg eredményez kapacitásfelesleget és -hiányt is. Ezért került sor 2007-ben olyan központi intézkedésre, ami a feltételezett szükségletekhez próbálta alakítani az aktív és a krónikus ágyak számát és arányát. A másik alapvető probléma az, hogy a fogyasztók, a szolgáltatók és a finanszírozó közötti információs aszimmetriát nem ellensúlyozza a szereplők össze-

hangolt érdekeinek megfelelő ellenőrző és ösztönző rendszer. Így nem meglepő, hogy finanszírozási nehézségeik csökkentésére a szolgáltatók „innovatív” elszámolást küldenek az egészségbiztosítónak, és elnézik, hogy dolgozóik magánorvosi tevékenységüket a közszolgáltatásba „integrálják”. Az érdekek diszharmóniája vezet azután felesleges vizitekhez, laborvizsgálatokhoz és bennfekvéshez, tart fent elavult infrastruktúrájú és szakemberhiánnyal küzdő intézményeket, hogy csak a leggyakrabban ismételt nehézségeket említsük.

Információ- és tudáshiány

A korlátozottan rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb felhasználását az igénybe vett információ és a tudás jelentősen növelheti. Szakértők körében jelentős az egyetértés a tekintetben, hogy nem áll rendelkezésre a megfelelő döntésekhez szükséges megbízható információ sem a lakosság egészségéről, sem az egészséget befolyásoló tényezőkről, és még az egészségügyi rendszer működéséről sem. Bár egy 2003-as országgyűlési határozat előírja, mégsem végeztek 2008-ban lakossági egészségfelmérést. Emiatt – 2003 óta – kizárólag az egészségüggyel kapcsolatba került személyekről történt adatgyűjtés. Az egészségbiztosítónak beküldött adatok természetesen legfeljebb az ellátórendszer igénybevételéről adhatnak – finanszírozási ösztönzők miatt gyakran torzított – információt, de a lakossági szükségletekről, az ellátáshoz való hozzáférésről, valamint ezek egyenlőtlenségeiről nem. E kulcsinformációk hiányában nem lehet az ellátási kapacitásokat az országban a szükségleteknek megfelelően elosztani, vagyis az egészségügyi rendszert hatékonyan üzemeltetni (4). A szakemberek előtt jól ismert: nem véletlenül áll az egyenlőtlenség kérdésköre a fejlett egészségüggyel rendelkező országok stratégiájának célkeresztjében (5). És ez nem csupán morális kérdés: egy elemzés szerint a halandóságban jelentkező egyenlőtlenségek 84 milliárd euró veszteséget okoztak a korábbi 25 EU-tagországban összesítve (6).

Az egészségügy gazdaságos működtetéséhez nemcsak az ehhez szükséges információ, hanem a megfelelő tudás is hiányzik. Az egészségtudományokban való elmaradásunkat jól jelzi, hogy alig több mint tíz éve – a Világbank kezdeményezésére és támogatásával – korszerű népegészségügyi és egészségügyi vezetői képzés indult Debrecenben és Budapesten. Az ezen intézményekben, valamint – ugyancsak a Világbank támogatásával – a neves külföldi egyetemeken végzetek tudásának rendszerszerű hasznosításával a szakpolitikai vezetés napjainkig adós maradt. A döntések ugyanis – az évtizedes hagyományoknak megfelelően – nem szakmai vitákban kérielt konszenzuson, hanem szűk (érdekcsoportok, sőt, legtöbbször csupán „szakmai veteránok” vagy potentátok, esetleg szakpolitikusok gyakorta ötletszerű javaslatain alapulnak. Erre következtethetünk az egészségbiztosítási rendszer átalakítására tett legutóbbi kísérletek tapasztalatai alapján is. A legnevesebb külföldi és hazai szakem-

Nemcsak az elvárhatónál, de az indokoltnál is jóval kevesebbet költünk az egészség ügyére Magyarországon.

berek hiába óvták a több-biztosítós modell bevezetésétől a magyar kormányt, az ragaszkodott az ideológiai, a magyar társadalom értékrendjéhez nem illeszkedő, evidenciákat nélkülöző szakmai elképzeléseken nyugvó, előzmények nélküli „magyar modell” tervéhez (7).

De nemcsak a döntések előtt nem készülnek hatáselemzések, a végrehajtott intézkedések, programok eredményességét sem monitorozzák Magyarországon. Illusztrációként csupán egyetlen példa erre: 2008. november 20-án a parlamentben történt meg a 2003-ban elindított népegészségügyi program félidejű értékelése, ahol a vezető magyar szakpolitikusok formálisan értékelték a program első öt évének eredményeit, tapasztalatait. Mivel a program számszerűsített célokat tartalmaz, egy szakmailag releváns programértékelésnek szólni kellett volna arról, hogy a program első öt éve után a kitűzött célokhoz képest az adott időpontban hol is állunk. Nem véletlen, hogy ez nem történt meg, hiszen megfelelő monitorozórendszer hiányában erről a kormánynak fogalma sem lehet. Részben emiatt, nem is tettek javaslatokat a program esetleges módosítására, így nem kerülhetett sor azok megvitatására sem. Ha még azt is hozzávesszük, hogy a magyar lakosság egészsége rendkívül rossz, akkor erősebben fogalmazhatunk: nemcsak az elvárhatónál, de az indokoltnál is jóval kevesebbet költünk az egészség ügyére Magyarországon.

Egészségkárosító fizikai környezet

A természetes és épített fizikai környezet egészségre kifejtett hatása régóta jól ismert, de hogy hazánkban ezek milyen szerepet játszanak a kritikusan rossz egészségi állapot kialakulásában, az még nem tisztázott. A kiemelkedően magas daganatos halálozási arány hátterében az életmódbeli tényezőkn túlmenően (például a dohányzás, egészségtelen táplálkozás) ésszerű feltételezni a lakóhelyen és a munkahelyeken előforduló rákkeltő anyagokat is. Ma még nem tudjuk azonban, hogy a fejlett országokhoz képest elmaradott szennyvízelvezető rendszerünk vagy az ipari károsanyag-kibocsátás (mérgező veszélyes anyagok, füst, korom), vagy a korszerűtlen közúti közlekedés mennyire okolható ezért.

A szabadidő egészséges eltöltéséhez szükséges feltételek, vagyis mint a könnyen hozzáférhető uszodák, sportpályák, közparkok vagy a kerékpárutak hiánya is minden bizonnyal hozzájárul a lakosság elkeserítő egészségi állapotához.

Itt kell megjegyezni, hogy míg egy beruházás engedélyeztetéséhez környezeti hatáselemzést kell csatolni, addig a lakosság egészségére vonatkozó hatáselemzést nem követelnek a hatóságok. Az egészség társadalmi-gazdasági meghatározottságából következően az egészség-hatásvizsgálatok pedig igen hatásos eszközök a lakosság egészségének javításához, amint azt a nemzetközi gyakorlat mutatja. Ehhez kapcsolódó kis magyar abszurd: miközben a kormány által elfogadott legújabb egészségügyi programtervezetben az olvasható, hogy „a kormányzati döntési folyamat kötelező elemévé tesszük az egészséghatás-becslést” (8), addig ezt egy kormányhatározat már 1994 óta kötelezővé teszi (9).

Romboló társadalom-lélektani környezet

Az előzőekben említett okokat sorra véve felmerül a gondolat, mi az, amiben hazánk tényleg egyedi a volt szocialista országokkal összevetve? Hazánk lakossága, főként a munkaképes korú férfiak – a magyar társadalom fejlődésének a többi volt szocialista országban tapasztaltól eltérő sajátosságai következtében – hosszú ideje krónikus stresszben él, véli *Kopp Mária* (10). Az 56-os forradalmat követő politikai elnyomás, párosulva a fokozatosan kiteljesedő gazdasági szabadsággal és az azzal járó fogyasztói társadalmakra jellemző értékrenddel, olyan feszültségeket tartott fenn – állítja –, ami megmagyarázná a krónikus stressz társadalmi szinten jelentkező következményeit. Tudományos bizonyítékok sora igazolja, hogy a bizalom csökkenése, a kirekesztés, a nagy egyenlőtlenségek, a társas kapcsolatok beszűkülése, az értékvesztés és a céltalanság jelentősen lerontják a közösségek és az egyének esélyét arra, hogy az egészséges élethez szükséges információt, termékeket és szolgáltatásokat megszerezzék, hogy a rendelkezésre álló forrásokat a szükségleteiknek megfelelően hasznosítsák. A források feletti rendelkezés egyben elősegítené az egészséges életvitelt, valamint az azt támogató környezet kialakítását is.

Önkárosító életmód

A krónikus stressz egyik igen súlyos következménye a feszültséget oldó egészségkárosító magatartásformák magyarországi elterjedése. A 27 EU-tagország között a rendszeres dohányzók arányában az ötödik, az elfogyasztott alkohol egy főre jutó mennyiségében Magyarország a negyedik helyen áll. A volt szocialista országok közül a dohányzásban csak Bulgária, az alkoholfogyasztásban Csehország és Észtország előz meg bennünket. A dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás hazai elterjedtsége, sajnos, jól magyarázhatja a magas magyar halandóság egy jelentős részét. Egy, a közelmúltban lebonyolított EU-s kutatás eredményei szerint, a dohányzáshoz köthető a várható élettartamban jelentkező – az EU tizenötökhöz viszonyított – több mint ötéves elmaradásunk fele, az alkoholhoz pedig a férfiaknál e hátrány harmada, a nőknél az ötöde (11). E káros szenvedélyeken túl, majd minden harmadik magyar felnőttnek magasvérnyomás-betegsége van – derült ki a 2003. évi egészségfelmérésből, ami egyértelműen az egészségtelen táplálkozásra, az elégtelen testmozgásra, a túlsúlyra utal. Az önkárosító életmód hazai elterjedtségét jól mutatja, hogy Magyarországon a felnőttek háromnegyede károsítja egészségét az előbb említett tényezők valamelyikével.

Terápiás javaslat

Az átfogó, rendszerszintű átalakításokhoz, reformokhoz, a közérdeket a magánérdek elé helyező, széles látókörű, erős képzetten rendelkező és kemény elszántsággal a küzdelmet felvállaló személyiségek kellenek. Nos, az egészségügy vezetői között manapság nehéz lenne a leírásnak megfelelő személyre találni. Ki tudja, meddig folytatódhat a rögtönzések sorozata, amely a lakosság

egészségének javítása helyett, jobb híján, a kiadások csökkentését tűzi ki célul. Ha már nem érdemes reménykedni felülről indított változásban, akkor marad az alulról építkező kezdeményezés. Átgondolva a feladatot, két dologra van szükség: kell egy stratégia, és kell egy annak végrehajtását kikényszerítő, nyomásgyakorló civil kezdeményezés. Kotta – hogy tudja a szakpolitika, mit kellene játszani, és motiváció – hogy a közönségnek játsszon.

Jellemző, hogy bár a széles körű és országos szakmai egyeztetések után 2005-ben véglegesített egészségügyi stratégiai koncepció még most is fellelhető az Egészségügyi Minisztérium honlapján, a kormányprogramokban, a választási programokban nyomát sem találni (12). Az egy évig tartó stratégiakészítési fellángolást az EU-forrásokra tervezett fejlesztések előkészítése váltotta ki, de az e koncepcióra alapozott ágazati stratégia azóta sem készült el. Képzeltjük, mi alapján döntöttek-döntenek a több száz milliárd forintnyi fejlesztésekről. Csak reménykedhetünk, hogy az egészségügyi rendszer hatékonysága a fejlesztések nyomán javulni fog. Ha azonban a reménnyel nem érjük be, ágazati stratégiát kell készíteni – ezek szerint a minisztérium helyett. Népegészségügyi szemléletű, a legjobb nemzetközi gyakorlatok tapasztalataira épülő, átfogó stratégia biztosíthatja csak a rendszer hatékony működtetését, fejlesztését, ami a rendelkezésre álló források mellett a legnagyobb egészségnyereséget eredményezheti a lakosság számára. A stratégia nyilvánvalóvá teszi a magyar társadalom egészséggel kapcsolatos értékeit, azokhoz ágazati célokat rendel, és a célok eléréséhez illeszkedő feladatokat fogalmaz meg. Ha lenne már stratégiánk, akkor például nem lehetne az egészségügyről úgy beszélni, hogy alatta kizárólag kórházakat, rendelőköt és gyógyszerárakat, valamint az azoknak fizető egészségbiztosítást értik, akkor betegségi hivatal helyett valóban Egészségügyi Minisztéri-

um székelne Budapesten az Arany János utcában. A stratégiában kijelölt feladatok sorrendje megszabná például, hogy először – az alapellátás mellett – a járóbeteg-ellátást kell fejleszteni, és csak utána csökkenteni a kórházi ágyszámokat. Mint jól ismert, ez most épp fordítva történik. A prioritások sorrendje alapján akkor inkább költenénk tízmilliókat egészségfelmérésekre, mint milliárdokat kétes értékű szűrőprogramokra (13). Az egészségi állapot közvetlen társadalmi-gazdasági meghatározottsága miatt akkor a stratégia szoros együttműködést alakítana ki az egészségügy és más ágazatok között – amely most egyáltalán nem valósul meg, sőt, más ágazatok előnyére az egészségügytől vonnak el évek óta jelentős forrásokat.

A különböző álláspontokat, érdekeket és értékeket megjelenítő szakértői csoportok által kifejlesztett stratégia mellett motivációt biztosító civil kezdeményezésre is szükség van. E nélkül – előre sejthetően – a dokumentum írott malaszt marad. Szemünk előtt a *Green Peace* vagy az *Amnesty International* példája lebegjen!

Ha az előzőekben vázolt, jelentős politikai nyomásgyakorlásra az egészségügy területén eddig hazánkban nincs is túl sok példa, autonóm módon gondolkodó és cselekvő helyi közösségekre már igen. Az elmúlt tíz évben több száz település készített a szó valódi értelmében „egész”-ség terveket, amelyek a helyi közösségben élők szükségleteire épültek, és a tervben leírt programokat a közösség részvételével valósították meg. E települések, közösségek felismerték, hogy hiába várnak a csodára, a „mindenki számára hozzáférhető, magas szintű egészségügyi ellátásra”. A közösségek részvételi demokrácián alapuló cselekvése és a társadalmi tervezési modell működtetése nem zárja ki egymást, sőt!

Mindez túl szép, hogy igaz legyen? Lehet. De van-e más esélyünk? Túl nagy a tét ahhoz, hogy ne fogjunk bele...

JEGYZETEK

1. KSH tájékoztatói adatbázisából; http://portal.ksh.hu/portal/page?_pageid=37,112477&_dad=portal&_schema=PORTAL (2008. november 29.). A nemzetközi összehasonlításokhoz az adatok az Egészségügyi Világszervezet WHOSIS és HFA adatbázisaiból származnak; <http://www.who.int/whosis/en/index.html> (2008. november 29.) és <http://www.euro.who.int/HFADB> (2008. november 29.)
2. Saját számítások a The Human Mortality Database adatai alapján; www.mortality.org (2008. november 25.)
3. *Jourard, Ch André, Ch Nicq, and O Chantal.* Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency. OECD. Economics Department Working Papers No. 627, 2008. [http://www.oecd.org/olis/2008doc.nsf/linkto/ecowkp\(2008\)35](http://www.oecd.org/olis/2008doc.nsf/linkto/ecowkp(2008)35) (2008.11.25.); ismertetés magyarul: Vitrai J: A magyar egészségügy tiszta Amerika? Az OECD szerint pocskólok, de nem pazarol a magyar egészségügy. *IME* 2008,8:5-7. http://biloba.hu/ime/2008_8/05_07.pdf (2008.12.04.)
4. Emiatt támogatta az Egészségbiztosítási Felügyelet az „Egészségenyenlőtlenségek Magyarországon. Adatok az ellátási szükségletek térségi egyenlőtlenségeinek becsléséhez” című tanulmányt. <http://www.ebf.hu/index.php?m=9> (2008. november 29.)
5. Példaként két beszédes című nemzeti egészségügyi program: Finnország – National action plan to reduce health inequalities 2008–2011; Norvégia – National strategy to reduce social inequalities in health; és az Egészségügyi Világszervezet most októberben bemutatott, szakpolitikuskoknak szánt dokumentuma: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health; http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/ (2008. november 29.)
6. *Mackenbach JP, et al.* Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union, European Communities. 2007.
7. Például a 2007 januárjában a Parlamentben tartott szakmai konferencián előadó Armin Fidler a Világbanktól, Joseph Kutzin az Egészségügyi Világszervezettől, Josep Figueras az Európai Egészségügyi Rendszerek Observatóriumából, a hazai szakemberek közül Kornai János professzor (bár ő kevésbé kritizálta a javaslatot, inkább kiegyensúlyozottságra intett), vagy az OECD-nek is bedolgozó Orosz Éva, az ELTE professzornője és az általa vezetett magyar szakértői bizottság, amelyet 2007 tavaszán kért fel a kormányfő.
8. „Társadalmi-gazdasági területen minden alapvető változtatás előtt meg kell vizsgálni, hogy az hogyan hat a lakosság egészségi állapotára, ezért a kormányzati döntési folyamat kötelező elemévé tesszük az egészséghatás-becslést.” „Biztonság és partnerség: feladatok az egészségügyben 2010-ig” 2. oldal.
9. 1088/1994. (IX. 20.) Kormányhatározat a kormány ügyrendjéről (10.)
10. *Kopp M, Székely A, Skrabski Á.* Mi magyarázhatja a magyar férfiak idő előtti egészségromlását és halálozási arányait? *Polgári Szemle* 2007,6:2-12.
11. *Zatonski W, Manczuk M, Sulkowska U.* Az egészség területén fennálló egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban, Országjelentés: Magyarország, HEM-Closing the Gap. http://www.hem.home.pl/index_ml.php?idm=5&cmd=1&lang=4 (2008. december 4.)
12. Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Koncepció; <http://www.eum.hu/archivum/siker-es-magyarorszagert/egeszsegugyi> (2008. november 27.)
13. A kétségekhez lásd: *Kovács A, Döbrössy L, Budai A, Boncz I, Cornides Á.* A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. *Orvosi Hetilap* 2007;12:535-40.